

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA - CHOROBA

NUMERY POLIS	NAZWISKO I IMIĘ LUB NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE UPRAWNIONEGO, ADRES KORESPONDENCYJNY

NAZWISKO	IMIĘ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NUMER PESEL	SERIA I NUMER DOK. TOŻSAMOŚCI	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ULICA	NR DOMU	NR MIESZK.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFON KONTAKTOWY	ADRES EMAIL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DANE UBEZPIECZONEGO (JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO / POSZKODOWANEGO)

NAZWISKO	IMIĘ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER PESEL	SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE POSZKODOWANEGO (JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO / UBEZPIECZONEGO)

NAZWISKO	IMIĘ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER PESEL	SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TYP ROSZCZENIA (PROSZĘ ZAZNACZYĆ „X” WŁAŚCIWY TYP ROSZCZENIA W ZALEŻNOŚCI OD POSIADANYCH OPCJI)

<input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE	<input type="checkbox"/> LECZENIE SZPITALNE (DOT. UBEZP. GRUPOWEGO)	<input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE SKŁADKI
<input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA	<input type="checkbox"/> TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV
<input type="checkbox"/> POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACJA (DOT. UBEZPIECZENIA NA ZDROWIE, ZDROWE ŻYCIE)	

DATA ORAZ OPIS POSTAWIONEGO ROZPOZNANIA

W DNIU .., RODZAJ ZDARZENIA, ROZPOZNANIE:

POLECENIE WYPŁATY. JEŚLI ŚWIADCZENIE ZOSTANIE PRYZNANE, PROSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNEJ KWOTY:

PRZELEWEM NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA, JEŻELI JEST INNY OD UPRAWNIONEGO (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

\* WYPŁATĄ GOTÓWKOWĄ (ODBIÓR W WYBRANYM ODDZIALE BANKU PEKAO SA, PO OKAZANIU DOWODU OSOBISTEGO, W CIĄGU 14 DNI OD PRZEKAZANIA ŚRODKÓW PRZEZ TOWARZYSTWO) \*NIE DOTYCZY POLIS ROZSĄDNY PARTNER 1, 2; GRONO, PARTNER W PODRÓŻY.  
UWAGA! W PRZYPADKU WYPŁATY GOTÓWKOWEJ NALEŻY WSKAZAĆ TELEFON KONTAKTOWY W POLU DANYCH UPRAWNIONEGO

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA

MIEJSCE PODPISANIA



JA, NIŻEJ PODPISANY, UPOWAŻNIAM AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ OGÓLNYCH SA\* / AVIVA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIU SA\* (\* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ) DO ZASIĘGANIA W INNYCH ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ, ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ U LEKARZY, DOTYCZĄCYCH MNIE INFORMACJI O OKOLICZNOŚCIACH ZWIĄZANYCH Z OCENĄ RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO, W TYM POZYYSKIWANIA KOPII DOKUMENTACJI, W SZCZEGÓLNOŚCI INFORMACJI DOTYCZĄCYCH MOJEGO STANU ZDROWIA I WERYFIKACJI PODANYCH PRZEZE MNIE DANYCH ORAZ O OKOLICZNOŚCIACH ZWIĄZANYCH Z USTALENIEM PRAWA DO ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU ZAWARTEJ UMOWY UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚCI TYCH ŚWIADCZEŃ, Z WYŁĄCZENIEM WYNIKÓW BADAŃ GENETYCZNYCH. Z PRZYCZYN UZASADNIONYCH TREŚCIĄ STOSUNKU UBEZPIECZENIA POWYŻSZE UPOWAŻNIENIE JEST NIEODWOŁALNE I NIE WYGASA Z CHWILĄ MOJEJ ŚMIERCI.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ PRAWDZIWE, ZGODNE Z MOJĄ WIEDZĄ I ZOSTAŁY PRZEKAZANE W DOBREJ WIERZE

CZYTELNY PODPIS IMIENIEM I NAZWISKIEM UPRAWNIONEGO

DATA PODPISANIA

□□.□□.□□□□

MIEJSCE PODPISANIA

□□□□□□□□□□□□□□□□

#### WYMAGANE DOKUMENTY

- oryginał lub poświadczona za zgodność z oryginałem kopia kart wypisowych ze szpitala oraz skierowań do szpitala
- kopia pełnej dokumentacji medycznej od momentu zdarzenia do chwili obecnej
- kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego oraz, w stosunku do Uprawnionych nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, jego opiekuna prawnego
- adresy placówek medycznych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod których opieką Poszkodowany pozostawał przed ubezpieczeniem oraz przed zdarzeniem
- w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, ubezpieczenia składki - kopia decyzji ZUS, KRUS oraz druków zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA
- w przypadku każdego typu poważnego zachorowania - kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pierwsze rozpoznanie oraz adres placówki medycznej, w której pierwszy raz postawiono rozpoznanie poważnego zachorowania
- w przypadku poważnego zachorowania małżonka - oryginał lub kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa
- w przypadku hospitalizacji - kopia wyników badania histopatologicznego
- w przypadku zakażenia wirusem HIV - kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pierwsze rozpoznanie zakażenia wirusem HIV
- w stosunku do Uprawnionych niepełnoletnich, gdy opiekunem nie jest rodzic - kopia prawomocnego postanowienia sądowego o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kuratora
- inne dokumenty indywidualnie wskazane przez pracownika odpowiedzialnego za rozpatrzenie roszczenia

**W przypadku zlecenia wypłaty świadczenia na konto osoby lub instytucji innej niż Uprawnionego, obligatoryjnie powinno być ono poświadczane notarialnie za własnoręczność podpisu. Dla umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.**

Uprawnienia do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem posiadają: Pośrednik ubezpieczeniowy oraz Broker współpracujący z Towarzystwem, osoby upoważnione w Biurach Regionalnych, Filiach, Oddziałach oraz Przedstawicielstwach Towarzystwa, notariusz, wystawca dokumentu oraz jednostki samorządu terytorialnego właściwe dla miejsca wydania dokumentu (Urząd Gminy, Urząd Miasta). W przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie uprawnienia do poświadczania posiada również Ubezpieczający.

**Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku - przez polską placówkę dyplomatyczną.**